(20

APERÇU SUR LES SYMPTOMES
de l'Ophthalmie blennorrhagique.

N° 32.



THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 13 AVRIL 1850,

par **Michel PUIG**,

d'OLETTE (Pyrénées-Orientales).

Ancien premier élève de l'école pratique d'anatomie et d'opérations chirurgicales, ex-chef de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine, ex-chirurgien chef-interne à l'hôpital général, au dépôt de police et à la clinique d'accouchements, ex-chirurgien interne à l'hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier, membre titulaire de la société de médecine et de chirurgie pratiques, etc.

pour obtenir le grade de docteur en médecine.

MONTPELLIER,
Typographie d'Isidore TOURNEL aîné, rue Fournarié 10.
1850.

Faculté de Médecine de Montpellier.

PROFESSEURS.

Messieurs :

BÉRARD, Doyen.	*Chimie générale et Toxicologie.*
CAIZERGUES O. ✻,	*Clinique médicale.*
LORDAT O. ✻,	*Physiologie.*
DELILE, ✻.	*Botanique.*
DUPORTAL ✻,	*Chimie médicale et pharmacie.*
DUBRUEIL, O ✻.	*Anatomie.*
GOLFIN,	*Thérapeutique et matière médic.*
RIBES, ✻.	*Hygiène.*
RECH, ✻	*Pathologie médicale.*
RÉNÉ, ✻	*Médecine légale.*
ESTOR.	*Operations et Appareils.*
BOUISSON ✻.	*Clinique chirurgicale.*
BOYER.	*Pathologie externe.*
I. DUMAS, Exam.	*Accouchements.*
FUSTER, Prés.	*Clinique médicale.*
N.	*Clinique chirurgicale.*
N.	*Pathologie et Thérapeutique génér.*

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. LALLEMAND, membre de l'Institut.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

Messieurs :

CHRESTIEN.	VERGEZ.
BROUSSE.	LOMBARD.
PARLIER.	ANGLADA, Exam.
BARRE.	LASSALVY, Exam.
BOURELY.	COMBAL.
BENOIT.	COURTI.
QUISSAC.	BOURDEL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
du meilleur et du plus aimé
DES PÈRES.

Une maladie courte et cruelle vient de te ravir à mon amour ! ! ! Ce jour eût été le plus boau de ma vie, parce qu'il aurait fait ton bonheur ! ! ! Une destinée fatale nous a séparés sans pitié ! ! ! Du haut des cieux, ta dernière demeure, bénis ton pauvre enfant que tu as tant aimé ! ! ! rçeois les regrets et les larmes de sou cœur éperdu ! ! !

A MA BONNE MÈRE.

Permets-moi de te consacrer et ma vie et mon avenir ! Nous étions déjà unis par les liens les plus sacrés, ceux qui unissent un fils à sa mère, et une mère à son fils.... Désormais nous y ajouterons encore ceux d'une commune douleur et des mêmes regrets ! ! !

A MES FRÈRES ET SOEURS.

Mon affection pour vous sera toujours la même ! mon dévouement sans bornes !

M. PUIG.

à mon Oncle GIRALT, prêrte.

Dieu m'a ravi mon père suivant la nature, continuezà être mon père par le cœur.

à mon Oncle BONNEMAISON, médecin.

Vos bienfaits pour moi sont sans nombre, recevez comme compensation, ce faible témoignage de ma reconnaissance.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS,

Amitié inaltérable.

M. PUIG.

AVANT-PROPOS.

Avant de commencer notre travail, nous devons à nos Juges quelques mots d'explication sur ce que nous avons fait, et surtout sur ce que nous aurions voulu faire, si un évènement malheureux n'était venu y mettreobstacle.

Le titre premier de notre thèse était conçu en ces termes : De l'ophthalmie vénérienne chez l'adulte et chez le nouveau-né. C'est assez dire que dans cette étude, nous nous serions occupé à la fois, de l'ophthalmie syphilitique primitive, et de celle qui est due à la syphilis constitutionnelle ; voilà pourquoi nous avions donné la définition que nous avons conservée au commencement de la thèse.

Pressé par le temps et par les circonstances, nous n'avons pu faire imprimer qu'nne partie extrêmement restreinte de notre travail. Le reste paraîtra incessamment, et c'est pour cela que nous avons conservé les termes de la définition dont nous venons de parler tout-à-l'heure.

APERÇU

SUR LES SYMPTÔMES

de l'Ophthalmie blennorrhagique.

Sous le titre d'ophthalmie vénérienne, nous comprenons : 1° celle qui primitivement, et sans phénomène inflammatoire antérieur sur les yeux, se développe par l'application directe du virus syphilitique; 2° celle qui, primitivement de nature franchement inflammatoire, catarrhale ou autre, se complique du principe spécifique, propre à la syphilis, et lui emprunte dès-lors les caractères qui appartiennent à l'ophthalmie primitivement syphilitique.

3° enfin, celle qui, *primitivement* aussi, se développe sous l'influence du virus syphilitique, après qu'il a infecté l'économie tout entière, en un mot, lorsque la syphilis est devenue constitutionnelle.

A la rigueur, la seconde espèce rentre dans la première, attendu que, ainsi que nous espérons le prouver dans la suite, l'ophthalmie blennorrhagique est presque toujours, chez l'adulte au moins, la conséquence d'une ophthalmie simple sur laquelle vient se greffer le virus syphilitique.

Quelques mots pour justifier notre définition toute étiologique. Nous avons mieux aimé en puiser les éléments dans l'étiologie que dans la symptomatologie, parce que si nous nous étions adressé à cette dernière, nous n'aurions point pu donner de caractère véritablement pathognomonique. En effet aurions-nous parlé de la sécrétion purulente? Mais elle est commune à une des formes de l'ophthalmie que nous nous proposons d'étudier, à l'ophthalmie purulente des nouveaux-nés, à celle des adultes, à l'ophthalmie d'Egypte. D'ailleurs, cette sécrétion purulente ne s'observe que dans la forme d'ophthalmie désignée communément sous le nom d'ophthalmie blennorrhagique. Par ce caractère donc, nous n'aurions pu désigner qu'une des formes de l'ophthalmie vénérienne, et il était essentiel de les comprendre toutes dans une même définition.

Aurions-nous parlé des caractères propres à la troisième forme, celle qui résulte d'une infection syphilitique générale? Il faudrait d'abord nous demander si ces caractères existent réellement, comme on a bien voulu le dire. Devons-nous ajouter foi à ce que l'on a écrit sur les formes de la pupille dans l'iritis syphilitique, sur les altérations observées à sa surface, etc., etc.? Pour notre compte, nous sommes assez porté à croire que tous ces caractères si minutieux se sont plutôt trouvés dans l'imagination de ceux qui les ont décrits, que sur les yeux des malades.

Avant d'aller plus loin, nous croyons qu'il convient d'insérer ici, parmi les observations qui nous ont engagé à choisir pour notre thèse le sujet que nous traitons, les deux suivantes : cette manière de procéder paraît nous présenter plusieurs avantages. Nous pourrons ainsi suivre la marche de la maladie, rechercher les causes qui l'ont amenée, ou plutôt de quelle manière ces causes ont agi. Nous pourrons voir quels ont été les traitements employés, le succès ou l'insuccès de ces traitements, etc.

Première observation. OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE DOUBLE. — Etienne Marcou, cultivateur, âgé de 25 ans, domicilié à Montpellier, contracte une blennorrhagie le 15 novembre 1847. Jusque là, il avait toujours joui d'une parfaite santé. Doué d'un tempérament lymphatique et d'une assez bonne constitution, il est né de parents robustes. Le 17, après avoir longtemps travaillé, il s'expose tout couvert de sueur à un courant d'air qui la supprime. Le soir du même jour, il ressent de la pesanteur dans la tête, du picotement dans les yeux, qui deviennent rouges, il y a sécrétion abondante de larmes.

Le 18, il présente tous les symptômes d'une double ophthalmie catarrhale. Il entre à l'hôpital Saint-Eloi, le 19. Au moment où nous le voyons pour la première fois, les symptômes de l'ophthalmie catarrhale persistent encore, mais ils sont portés à un très

haut degré, la conjonctive est d'un rouge intense, photophobie. Le malade croit qu'il y a des graviers sous ses paupières, douleur sus-orbitaire. On fait appliquer 10 sangsues derrière chaque apophyse mastoïde (colly. émol.).

Le 20, pas d'amélioration, au contraire, le malade souffre horriblement de l'œil gauche sur lequel on constate un gonflement des paupières très marqué, un chémosis énorme, une sécrétion muco-purulente, qui a remplacé la sécrétion séro-muqueuse, et qui s'échappe en flots abondants chaque fois que l'on soulève la paupière supérieure (10 sangsues derrière l'apophyse mastoïde gauche, continuer le colly. émol.).

Le 21, même état, la matière qui s'échappe de l'œil gauche n'est formée que par du pus (colly. astringent).

Le 22, les symptômes d'ophthalmie purulente ont envahi l'œil droit, sécrétion purulente extrêmement abondante, souffrances horribles, le malade ne peut goûter un seul moment de repos (continuation du collyre astringent).

Le 23, même état, augmentation de la sécrétion purulente, du chémosis et du gonflement des paupières, le malade ne peut distinguer aucun objet, une couche épaisse de pus recouvre les deux yeux (lavages répétés, un vésicat. à chaque bras, 10 grains de calomel, deux fois par jour

instillation dans l'œil d'un collyre avec 4 grains de nitrate d'arg. par once d'eau distillée).

Le 24, pas d'amélioration, l'œil gauche est à peu près perdu, la cornée complètement opaque, est infiltrée de pus (idem, plus 3 frict. merc. belladon. autour des yeux). C'est aujourd'hui seulement que le malade nous parle de sa blennorrhagie, qui avait disparu depuis le lendemain du jour où l'ophthalmie a débuté ; dans le courant de la nuit dernière, l'écoulement urétral a reparu. Il ajoute qu'à plusieurs reprises, il avait touché la matière de cet écoulement. Excité par la sensation de gravier éprouvée dans les yeux atteints d'ophthalmie catarrhale, il croit qu'il a porté sur ces organes ses doigts souillés par la matière blennorrhagique.

L'existence de cette blennorrhagie fait donc porter un pronostic plus fâcheux encore.

Le 25, l'œil gauche est complètement perdu, la cornée est ridée, comme chagrinée, la sécrétion purulente est toujours extrêmement abondante des deux côtés. Il est fort à craindre que l'ophthalmie du côté droit ne se termine comme celle du côté gauche. On cautérise énergiquement de ce côté la surface interne des deux paupières avec le crayon de nitrate d'argent, le malade souffre horriblement (applicat. froides sur l'œil dans le courant de la journée, catap. sinapi. aux pieds,

saignée de 12 onces 3 heures après la cautérisation).

Le 26, la sécrétion purulente semble avoir diminué, mais la perte des deux yeux est complète, les souffrances du malade sont toujours très vives (reprendre les instillations avec le collyre nitraté, les frictions mercurielles).

Les 27, 28, 29 et 30 continuation des mêmes moyens, le malade souffre moins; toutefois les douleurs sont encore assez vives pour nécessiter, à quelques jours de distance, deux applications de sangsues derrière les apophyses mastoïdes. On lui fait faire un traitement par les pilules de Sédillot, qui le débarrassent de son écoulement urétral. L'écoulement purulent oculaire persiste jusqu'au 20 décembre, et nécessite même l'emploi d'un séton à la nuque. Le malade sort, dans le courant de janvier, complètement aveugle.

Deuxième observation. OPHTHALMIE BLENNORRHAGIQUE DOUBLE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ. — Le 7 mars 1848, on nous prévient que le nommé Émile Chambon, né depuis 4 jours, a ses yeux malades. La mère de cet enfant était atteinte d'un écoulement purulent vaginal abondant, de porreaux et chancres sur les grandes lèvres. Nous l'examinons attentivement et nous constatons les symptômes d'une double ophthalmie purulente commençante. Les paupières sont fortement tuméfiées, surtout la

supérieure, elles adhèrent l'une à l'autre, et lorsqu'on les sépare, il s'écoule une assez grande quantité de matière purulente. Toutefois, jusqu'à présent l'inflammation est bornée à ces voiles membraneux, la conjonctive oculaire est un peu injectée, mais la cornée est encore intacte, ce que nous constatons en ayant la précaution de tourner le dos de l'enfant contre le jour. Sans cette précaution, le spasme des paupières, provoqué par l'action de la lumière, est si violent, qu'il est de toute impossibilité de voir la surface du globe oculaire. Nous passons un pinceau sur le crayon de nitrate d'argent, et nous le promenons ainsi chargé sur la face interne des deux paupières, que nous lavons immédiatement après, à l'aide d'une injection faite avec de l'eau fraîche. L'enfant pousse des cris, il s'agite. Dans le courant de la journée, nous lui faisons tomber 2 fois sur l'œil quelques gouttes d'une solution d'un grain de nitrate d'argent. Le 8, aggravation dans les symptômes, augmentation de la sécrétion purulente, de la tuméfaction palpébrale, chémosis. Nous en donnons connaissance à M. E. Delmas, qui, en apprenant que la mère présentait des symptômes d'affection vénérienne, nous engage à faire donner à l'enfant des bains avec le sublimé et à continuer les autres moyens. Le même jour, nous en prescrivons un avec un gros.

Le 9, même état, mais le spasme des paupières est si violent, qu'il nous est de toute impossibilité

de voir la surface de l'œil (nous faisons continuer le collyre, les lavages répétés).

Le 10, il y a un peu d'amélioration, la tuméfaction palpébrale est moindre, l'écoulement purulent aussi, l'enfant ouvre légèrement les yeux ; les deux cornées sont encore parfaitement saines, le chémosis n'a pas diminué (répéter les bains de sublimé et les autres prescriptions).

Le 12, l'écoulement devient de moins en moins abondant, la tuméfaction des paupières a considérablement diminué, le chémosis a presque complètement disparu, l'enfant ouvre très bien les yeux, la conjonctive palpébrale est encore fortement injectée et granulée (bains de sublimé, continuer le collyre).

Le 15, le 17, 21, le nous lui faisons prendre encore un bain avec un gros de sublimé. Il va parfaitement bien, l'écoulement purulent a complètement disparu, les paupières sont revenues à leur état normal, leurs bords seulement sont un peu rouges, la surface de l'œil est très belle.

Le 23, nous suspendons les bains à cause d'une éruption de boutons qui recouvre tout le corps, nous faisons donner quelques bains simples. La suspension de ces bains coïncide avec la réapparition de l'ophthalmie purulente. Les paupières redeviennent boursoufflées, la sécrétion purulente devient aussi forte que la première fois. Nous faisons

reprendre aussitôt les bains de sublimé, le collyre au nitrate d'argent qui avait été suspendu aussi, et les injections avec l'eau froide. Quatre bains sont suffisants pour amener une guérison complète au bout de 8 jours. Nous devons ajouter que, pendant tout le temps, la mère a été soumise à un traitement général par les pilules de proto-iodure, ce qui n'a pas peu contribué à la guérison de son enfant. Au reste, ses efforts ont merveilleusement secondé les nôtres, car à tout moment elle avait la seringue à la main pour ne pas laisser la matière purulente en contact avec le globe oculaire, circonstance qui est essentielle dans le traitement de cette ophthalmie.

A la même époque, il y avait un autre enfant qui, né aussi d'une mère vénérienne, nous a présenté absolument les mêmes symptômes que le petit Chambon, et qui a été guéri par l'emploi des mêmes moyens. Nous nous dispensons de rapporter son observation et celle de plusieurs autres, persuadé que celle que nous venons de détailler assez longuement, suffira pour atteindre le but que nous nous sommes proposé.

Nous passons à l'étude de la maladie elle-même.

SYMPTOMATOLOGIE.

Dans les deux observations qui précèdent, se trouve, presque complète, la symptomatologie de l'ophthalmie que nous étudions. Nous n'avons donc

qu'à rappeler les symptômes offerts par nos deux malades, et y ajouter ceux qui, plus rares, ont été observés quelquefois et signalés par les auteurs d'ophthalmologie.

Rougeur. — Le premier de ces symptômes est la rougeur de la conjonctive palpébrale, lorsque cette conjonctive est seule affectée, ce qui arrive quelquefois, mais bien rarement ; c'est aussi la rougeur de la conjonctive oculaire, lorsque cette dernière est seule affectée, ce qui est encore fort rare, et enfin de toute la conjonctive, ce qui arrive le plus souvent. On conçoit parfaitement que cela doit se passer presque toujours ainsi, quand on songe aux rapports de continuité et de contiguité qui unissent la conjonctive oculaire à la palpébrale. En effet, nous admettrions difficilement que le virus blennorrhagique borne son action sur un seul de ces points, à moins qu'assistant au début de la scène morbide, le médecin n'ait le bonheur d'enrayer l'inflammation aussitôt qu'elle commence par l'une ou l'autre partie.

Cette rougeur conjonctivale est commune, comme on le sait, à la plupart des ophthalmies; mais ici, on peut le dire, elle est poussée à un degré extrême, elle est écarlate : quelquefois même, elle offre une telle intensité, que cette couleur tire surle violet. Cette rougeur, à un degré d'intensité près, nous a été offerte par nos deux malades.

Chez eux aussi, nous avons observé un chémosis très prononcé.

Chémosis. — Bourrelet circulaire formé au pourtour de la cornée, par l'infiltration séro-sanguine qui se fait dans le tissu cellulaire sous-conjonctival, le chémosis est un symptôme qui n'est pas moins constant que la rougeur intense. Quelques auteurs, notamment Tyrrell, Ricord, Rognetta lui-même, etc., ont voulu lui faire jouer un certain rôle dans la mortification de la cornée. Le mécanisme de sa formation est très facile à comprendre. Comme on le sait, la conjonctive est une membrane muqueuse qui revêt la surface du globe oculaire en entier, suivant quelques anatomistes, et la cornée exceptée, suivant quelques autres. Or, la portion de conjonctive qui revêt la sclérotique, lui est unie par un tissu cellulaire lâche, qui s'infiltre très facilement ; au contraire, elle est unie d'une manière très intime avec la cornée, si nous admettons qu'elle la recouvre, et dès-lors on conçoit que l'infiltration se trouvant arrêtée tout-à-coup au pourtour de cette membrane, elle y détermine ce bourrelet qui constitue le chémosis. Le mécanisme est lemême pour les auteurs qui pensent que la conjonctive s'arrête autour de la cornée.

On distingue deux espèces principales de chémosis, celui qui est formé par une infiltration de

sérosité, et celui qui est formé par une infiltration de sang.

Dans le chémosis blennorrhagique il y a mélange de ces deux espèces, ce qui constitue un chémosis mixte, que cependant il ne faudrait point considérer comme propre à l'ophthalmie blennorrhagique, mais qu'on observe aussi dans l'ophthalmie franchement inflammatoire. Quelques auteurs, nous l'avons déjà dit, ont voulu lui faire jouer un rôle important dans les accidents qui arrivent sur la cornée, et surtout dans sa perforation. Ils ont cru qu'il y avait, au moyen de ce bourrelet, un étranglement circulaire qui mortifiait la cornée, en empêchant toute circulation sur cette membrane. Cette explication toute mécanique ne nous paraît guère applicable ici, et si quelquefois il en est ainsi, on peut dire que c'est sans nul doute dans le plus petit nombre de cas. En effet, si les choses se passaient toujours ou le plus souvent de la sorte, la cornée mortifiée disparaîtrait en entier; or, le plus souvent on observe çà et là une ou plusieurs solutions de continuité, alors que le reste de la membrane persiste encore. Les phénomènes qui président le plus souvent à cette perforation, ont été très bien indiqués dans un passage du Traité d'ophthalmologie de Mackensie. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Un des modes de destruc-
« tion de la cornée, c'est l'ulcération qui commence
« à la surface de cet organe et pénètre peu-à-peu

« dans sa substance. Un autre mode de destruction « qui est, je crois, le plus fréquent, consiste « dans une infiltration purulente de la cornée, « qui se présente d'abord sous la forme désignée « par le mot *onyx*, et qui, à la fin, constitue un « véritable abcès de la cornée, suivi de rupture « et d'ulcération. Dans quelques cas, qui sont « loin d'être communs, les lames les plus externes « de la cornée se séparent sous forme d'écailles ou « de pellicules. Il est rare, si même cela a jamais « lieu, que la totalité de la cornée soit éliminée « de cette manière. »

Nous embrassons en entier l'opinion professée par Mackensie dans ce passage, et nous croyons pour notre compte, que les ruptures de la cornée sont dues le plus souvent à une infiltration purulente des lames de cette membrane.

Le docteur Vetch a décrit un mode particulier de perforation, dans lequel on observe une division de la cornée presque aussi nette, que si elle était faite avec un couteau. Ce mode de perforation arriverait sous l'influence d'un violent paroxisme de douleur, avant d'avoir subi une désorganisation très grande. Cependant, dit Mackensie, tout en l'admettant, je suis convaincu que ce mode de rupture de la cornée, loin d'être le plus commun, est très rare.

Chez le dernier de nos malades, nous avons observé une tuméfaction extrême des paupières.

Ce symptôme est si fréquent, que quelques auteurs ont voulu le donner comme pathognomonique de l'ophthalmie blennorrhagique.

Nous ne l'avons point observé chez le malade qui fait le sujet de notre première observation. Chez lui au contraire le peu de volume de ses voiles musculo--membraneux nous a frappé, et cela, malgré la violence des autres symptômes. Nous croyons que très souvent l'écartement des paupières n'est pas dû seulement à l'infiltration de leur tissu, mais aussi et peut-être bien plus à la pression exercée contre leur face interne par le bourrelet chémosique. Une particularité signalée par la plupart des auteurs, et que nous n'avons point observée, c'est la hernie de la muqueuse palpébrale, hernie qui s'accompagne de l'ectropion dont nous avons parlé plus haut. Le mécanisme de la formation de cet ectropion a été expliqué, ainsi qu'il suit, par le docteur Vetch : « L'œdème inflammatoire des paupières, qui est considérable pendant un certain temps, commençant « enfin à se dissiper, tandis qu'il ne s'opère point « encore une diminution proportionnelle dans le « gonflement de la membrane qui tapisse les « paupières, la conjonctive tuméfiée et granu« leuse perd le contre-poids du gonflement ex« terne, et est poussée en dehors par l'action du « muscle orbiculaire. Si la saillie n'est pas ré« duite immédiatement, la partie supérieure de

« la paupière et le cartilage renversé agissent « comme une ligature sur les parties qui font sail- « lie, et comme la tuméfaction augmente, l'étran- « glement devient encore plus prononcé par les « efforts naturels, mais inefficaces, du muscle or- « biculaire pour ramener le cartilage tarse dans « sa position. La tumeur qui fait saillie en avant, « est donc produite en grande partie par l'étran- « glement, comme le gonflement dans le paraphi- « mosis. »

Pour que cette explication fût vraie, il faudrait que l'ectropion s'observât alors que le dégorgement des parties extérieures de la paupière a lieu, c'est-à-dire au moment où l'inflammation commence à disparaître. Or , si nous ne nous trompons , c'est tout le contraire, l'ectropion s'observe juste au moment où l'inflammation est la plus intense, où elle a acquis son maximum d'acuité. Nous croyons donc, au contraire, que, dans le cas actuel, cet ectropion est dû à la fois, et à la pression excentrique combinée, exercée sur la face externe des paupières, par le bourrelet chémosique et par l'infiltration extrême de la conjonctive palpébrale elle-même. Une fois ce renversement opéré, nous croyons, avec l'auteur du passage cité, que l'action des fibres du muscle orbiculaire augmente ce renversement et s'oppose même à une réduction. Nous croyons aussi avec lui que, dans ce cas, la partie supérieure de

la paupière et le cartilage renversé exercent une action constrictive énergique, c'est un véritable étranglement de la partie herniée, qui peut aller jusqu'à la mortification. Dans ce cas, à notre avis, il n'y a pas de meilleur remède à employer que la scarification de la muqueuse herniée, ou même, mieux encore, à débrider en dehors, en incisant sur l'angle externe de l'œil: c'est ce que nous avons vu faire quelquefois avec succès à M. Bouisson dans des ophthalmies inflammatoires franches, mais très intenses.

Les auteurs proposent encore, dans de semblables circonstances, l'excision d'une portion de la conjonctive herniée. La plaie saigne abondamment, et cette hémorrhagie a pour effet de ramener la paupière à un état plus favorable pour son replacement. « Quand ce renversement de la « paupière a lieu chez les enfants atteints de « l'ophthalmie des nouveaux-nés, ou de quelque « autre ophthalmie puro-muqueuse intense, son « origine, continue le docteur Vetch, est souvent « en grande partie accidentelle. Par exemple, si la « personne qui a soin de l'enfant, en essayant « d'examiner l'œil ou d'en lever l'abondant écou- « lement purulent, retourne malheureusement la « paupière supérieure, l'enfant se met à crier « avec violence, ce qui augmente le renversement « en dehors, et tous les efforts pour ramener la

« paupière à sa position naturelle, restent inef-
« ficaces. »

On ne saurait donc trop recommander aux personnes qui soignent les enfants atteints d'ophthalmie purulente, comme aux médecins appelés auprès d'eux, d'éviter dans leurs manœuvres ce renversement de la paupière supérieure, et de le réduire aussitôt, s'il vient à s'effectuer.

Si on ne peut obtenir cette réduction, la paupière ainsi renversée est bientôt considérablement injectée de sang ; quelquefois même l'injection devient telle, que la compression ne peut surmonter le renversement ; ou bien, si l'on réussit à rétablir la paupière dans sa position naturelle, elle a beaucoup de tendance à se renverser de nouveau, dès que l'enfant commence à crier, et alors il faut en venir aux moyens chirurgicaux dont nous avons parlé pour les adultes.

Nous l'avons déjà dit, la tuméfaction palpébrale a été aussi regardée, par quelques auteurs, comme un symptôme pathognomonique de l'ophthalmie blennorrhagique. Mais assurément il est loin d'en être ainsi. Ce symptôme est commun, non seulement à un grand nombre d'ophthalmies dites spécifiques, telles que l'ophthalmie purulente proprement dite, celle d'Egypte, celle dite des nouveaux-nés, mais encore à l'ophthalmie franchement inflammatoire et très intense Sans doute, lorsqu'on verra un boursoufflement palpébral

énorme, on pourra soupçonner l'existence d'une ophthalmie blennorrhagique; mais on se gardera bien, d'après ce seul caractère, de conclure à sa certitude. Ici, pas plus que dans le plus grand nombre des maladies, il ne faut asseoir son diagnostic sur un seul caractère pathologique, alors surtout que ce caractère est commun à un grand nombre d'entr'elles.

Un symptôme auquel il faut attacher plus d'importance, et qui ne manque jamais, c'est une sécrétion abondante de pus à la surface de la conjonctive. Sans lui, on ne peut pas conclure à l'existence de la maladie, mais sa présence ne constitue pas encore un signe pathognomonique, attendu qu'on l'observe dans toutes les ophthalmies dites purulentes. Chez les sujets de nos deux observations, nous l'avons noté, et chez tous les deux il a été d'une abondance extrême.

Cet écoulement varie chez presque tous les malades, et par son abondance, par la plus ou moins grande rapidité de sa production, et par ses caractères extérieurs qui sont différents, suivant l'époque à laquelle l'ophthalmie est observée. Au début de l'inflammation, et alors qu'elle est encore bornée le plus souvent à la conjonctive palpébrale, sa quantité est assez peu considérable, on ne s'aperçoit de son existence qu'en séparant les bords les paupières collés entr'eux. Lorsque, au con-

traire, la maladie a envahi la conjonctive oculaire, la sécrétion purulente est considérablement augmentée. Le docteur Vetch évalue la quantité de l'écoulement à plusieurs onces par jour, ce qui est exagéré; elle s'écoule en partie entre les paupières, et se loge en partie aussi dans leurs replis et dans le sillon formé sur la cornée par le chémosis de la conjonctive. « Quelquefois, écrit Mackensie, par « défaut de soins, on laisse le pus séjourner si « longtemps dans ce sillon, qu'il prend l'aspect « d'une membrane épaisse, de sorte qu'une per- « sonne qui ne connaîtrait pas bien les symptômes « de cette maladie, en voyant cette matière con- « crétée tomber de l'œil, pourrait croire que tout « l'organe est détruit, et que c'est la cornée qui se « sépare sous forme d'escarre. »

Quant à la rapidité de sa production, quelquefois l'écoulement purulent suit immédiatement ou peu de temps après le début de l'ophthalmie. « Dans « beaucoup de cas, dit encore Mackensie, la mala- « die arrive à la sécrétion de la matière purulente, « avant que le malade ait la conscience qu'il en « est affecté; souvent il ne se plaint que lorsqu'il « s'aperçoit que ses paupières sont collées ensemble « le matin, ou lorsqu'il est tourmenté par la sen- « sation d'un corps étranger dans l'œil. » Le plus souvent cependant, la sécrétion purulente ne se montre que plus tard, et alors on observe les

phénomènes suivants : après une sécrétion momentanée des larmes, on voit apparaître un liquide qui leur ressemble beaucoup, il est ténu et extrêmement âcre, il irrite toutes les parties qu'il touche. Bientôt il y a augmentation dans l'humeur des glandes de Meibomius, qui se concrète autour des cils et cause l'agglutination des paupières pendant le sommeil. Puis après apparaît une sécrétion muqueuse qui est elle-même remplacée par la sécrétion purulente.

Les caractères extérieurs de la matière purulente varient aussi, avons-nous dit, suivant l'époque à laquelle on observe l'ophthalmie. C'est ainsi qu'au début, c'est une sécrétion muco-purulente, devenant plus tard du véritable pus, puis redevenant muco-pus, mucus, et enfin disparaissant tout-à-fait. Ce pus lui-même est tantôt blanchâtre, blanc-jaunâtre, tantôt verdâtre vers la fin et représentant ainsi, d'une manière très exacte, le pus qui s'écoule par le canal de l'urètre dans la blennorrhagie. Ce caractère, pour le dire en passant, a été donné par quelques auteurs comme signe certain de l'ophthalmie blennorrhagique. Mais il ne sert pas plus à distinguer une ophthalmie purulente simple d'une purulente blennorrhagique, qu'il ne sert à distinguer l'urétrite vénérienne de celle qui est simplement inflammatoire, de celle enfin qui est due à l'usage exagéré de la bière, à

la rétrocession d'un exanthème cutané. On peut dire la même chose pour la leucorrhée. Ce caractère n'est pas suffisant pour distinguer celle due au virus syphilitique, de celle qui reconnaît pour cause une excitation trop fréquente des organes génitaux de la femme, la grossesse, etc.

La sécrétion puriforme peut persister sans beaucoup de changement pendant dix, douze jours et même plus longtemps. Chez le premier de nos malades, nous avons vu cette sécrétion persister d'une manière vraiment désespérante, même après la perte complète des deux yeux, et résister à une foule de moyens.

Douleur. — La douleur est un symptôme qui ne manque jamais dans l'ophthalmie blennorrhagique, mais qui varie par son siège et par son intensité, suivant la période de l'ophthalmie elle-même, suivant son degré d'acuité, suivant la constitution, le tempérament du sujet qui en est atteint. C'est ainsi qu'au début, elle est en général bornée au globe de l'œil lui-même. Il y a une sensation de gravier, que quelques ophthalmologistes disent produite par l'état de dilatation des vaisseaux de la conjonctive. Mais bientôt à ce prurit fait place une douleur aiguë, lancinante, perçue profondément dans l'orbite, augmentant pendant la nuit et diminuant vers le matin. Ce caractère intermittent de la douleur a frappé tous les auteurs

qui ont étudié cette ophthalmie, mais il s'observe également dans l'ophthalmie simplement purulente. Chez celui de nos malades capable de rendre compte de ses sensations, nous avons pu remarquer une exacerbation telle du symptôme en question, qu'il le privait de toute espèce de sommeil pendant la nuit. Toutefois, de cela seul que cette exaspération dans la douleur s'observe chaque nuit, il ne faudrait pas en conclure qu'on a à combattre le génie intermittent, et que par cela même il faut donner du quinquina. Si on administrait un pareil remède, on pourrait faire plus de mal que de bien.

Dans cette circonstance, la forme intermittente de la douleur tient uniquement à l'acuité de la maladie, c'est un véritable symptôme, comme c'en est un le plus souvent aussi lorsqu'on l'observe dans les maladies du canal de l'urètre, à l'occasion d'un simple cathétérisme, à la suite des manœuvres faites pour broyer les calculs vésicaux.

On conçoit parfaitement, en effet, qu'un organe aussi délicat que l'œil, chez lequel le système nerveux prédomine d'une manière toute particulière, qui est mis en relation, par des communications nombreuses, avec l'appareil nerveux de la vie animale et de la vie organique, puisse, à l'occasion d'une altération quelconque, soit physique, soit pathologique, déterminer dans tout l'organisme un trouble assez profond,

se traduisant sous la forme d'une fièvre intermittente larvée.

Toutefois gardons-nous de tomber dans un excès opposé, et de croire que toujours, et dans tous les cas, le caractère intermittent de la douleur dans une ophthalmie tient uniquement au siège de l'inflammation, ou à son degré plus ou moins grand d'acuité. En effet, pour notre compte, nous avons observé, dans le service de feu M. Serre, un cas très remarquable d'ophthalmie intermittente, chez un militaire du régiment du génie. Ce malade ne souffrait presque pas de son œil pendant le jour, et à l'entrée de la nuit il éprouvait des douleurs atroces qui le privaient de toute espèce de repos, jusqu'à quatre ou cinq heures du matin ; alors la douleur se calmait, et il pouvait s'endormir. Cette douleur qui donnait lieu journellement à une aggravation dans les symptômes inflammatoires, disparut sous l'influence du sulfate de quinine, et dès ce moment aussi, les autres symptômes de la maladie cédèrent à un traitement anti-phlogistique et révulsif.

Bientôt la douleur ne reste plus bornée au globe de l'œil, elle s'étend au front, à la tempe et à toute la région circum-orbitaire, ou, pour parler avec plus de précision, elle affecte les branches de la 5e paire de nerfs, qui se distribuent à ces parties.

Un ophthalmologiste que nous avons déjà cité plusieurs fois, et que nous nous plaisons à citer souvent, parce qu'il joint à un esprit d'observation très profond des connaissances très étendues, Mackensie, note quelques particularités, que pour la plupart nous n'avons jamais observées, et sur le compte desquelles nous ne pouvons pas, par conséquent, avoir une opinion bien arrêtée.

« Il y a aussi dans l'œil, dit l'auteur anglais, « une douleur pulsative, qui tantôt se fait sen« tir presque sans rémission jusqu'à ce que la « cornée se perfore. Du reste, la douleur pré« sente des différences très remarquables, qui « dépendent sans aucun doute, en grande par« tie, de la part que les divers tissus de l'œil « prennent à la maladie. Le plus souvent les « attaques de douleur sont subites.

« Quelquefois elles sont précédées de frissons « et de nausées légères, ou d'une sensation par« ticulière à la tête. Dans quelques cas, la dou« leur a son siège immédiatement au-dessus de « l'œil, et son point de départ vers le trou sus« orbitaire. Cette douleur sus-orbitaire, et le « plus souvent circum-orbitaire, indique que l'in« flammation s'étend à la sclérotique, à la cor« née, à la choroïde et à l'iris. L'inflammation « de ces tissus excite toujours une douleur sym« pathique dans la 5e paire de nerfs. La dou-

« leur perçue autour de l'œil est exaspérée par « la compression, et parfois il se forme soudai- « nement une tuméfaction circonscrite sur la « partie affectée. Quand cette espèce de tumé- « faction se montre à la face, elle offre un ca- « ractère œdémateux, et, bien qu'aussi soudaine « dans sa production, elle ne se dissipe pas si « rapidement, dans la rémission, que celle qui « a son siège sur le front et sur les tempes. « Dans tous les cas l'œil est le siège le plus fré- « quent de la douleur qui est généralement dé- « crite comme étant de nature lancinante. Quel- « quefois elle est comparée par le malade à la « sensation qu'on éprouverait si l'œil était plein « d'aiguilles qui le piqueraient, et toujours elle « paraît être excessive. En général elle n'oc- « cupe qu'un œil à la fois, mais fréquemment « elle passe de l'un à l'autre. Ce n'est que lors- « que la maladie se présente sous sa forme la « plus violente, qu'elle s'accompagne de la re- « production fréquente des paroxismes de dou- « leur ci-dessus décrits ; et, dans ces conditions, « on observe souvent la rupture de la cornée, « accident qui est toujours suivi d'un staphy- « lôme et de la perte de la vue. L'époque à « laquelle cette rupture se produit, varie beau- « coup chez les différents malades, etc. »

Le tempérament du sujet, avons-nous dit, exerce

aussi une influence sur le degré d'acuité de la douleur, c'est ainsi, par exemple, qu'elle est plus vive chez les sujets nerveux, irritables, chez lesquels la moindre impression suffit pour donner lieu à de véritables accidents. Et par exemple, ne sait-on pas qu'il est des sujets éminemment impressionnables, chez lesquels, après une opération de cataracte, il y a des douleurs violentes ressenties dans l'orbite, comme si elles étaient dues à une véritable inflammation oculaire, alors que l'œil est tout-à-fait sain, sans injection sanguine aucune. Feu M. Serre a plus d'une fois attiré notre attention sur ces cas vraiment remarquables, où un praticien peu expérimenté s'adresserait aux anti-phlogistiques pour les combattre, et où cependant les meilleurs anti-phlogistiques sont les anti-spasmodiques et surtout les opiacés. Nous avons observé dans le service de ce professeur le fait suivant que nous avons publié dans la Gazette médicale de Montpellier : un officier, dans une partie de chasse, avait reçu dans l'œil, une portion de capsule qui donna lieu aux accidents inflammatoires les plus rebelles, et qui mit dans la nécessité de vider ce organe. La nuit du jour où cette opération fû pratiquée, le malade fut agité d'une manière extraordinaire, il éprouvait des douleurs atroces dans la totalité de l'orbite. Le matin, M. Serr

l'examina attentivement, il ne vit aucun symptôme inflammatoire, il crut avoir à faire à une douleur purement nerveuse. Une potion anti-spasmodique opiacée fut prescrite, et le soir du même jour le malade était parfaitement tranquille, il reposa pendant toute la nuit.

Photophobie. — La photophobie est un symptôme qu'on observe toujours dans l'ophthalmie blennorrhagique. Mais son intensité varie suivant l'époque à laquelle on observe l'ophthalmie. La raison de son existence constante n'est pas difficile à trouver. En effet, le globe oculaire est un organe trop délicat dans son ensemble, et dans chacune de ses parties constitutives; les parties qui le forment sont unies d'une manière trop intime, pour que l'une d'elles se trouve affectée sans entraîner en même temps la souffrance des autres. Aussi nous ne comprenons pas comment des ophthalmologistes, d'ailleurs très recommandables, ont pu étudier à part l'inflammation de chacune de ces parties, et en donner des caractères assurément imaginaires, et tout cela d'une manière très sérieuse, faisant ainsi pour l'inflammation de l'œil ce que d'autres ont fait pour différentes formes de maladies de la peau. C'est ainsi qu'on vous décrit, à part et dans de longues pages, l'inflammation de la lame superficielle de la cornée, de la moyenne, de la profonde, celle de la membrane anté-

rieure de l'iris, de la moyenne, de la postérieure etc., etc.; tant il est vrai de dire que dans aucune science, et dans la médecine moins que dans toute autre, on n'arrive jamais à une perfection absolue. Même les plus grands génies sont susceptibles de s'égarer quelquefois.

La photophobie, avons-nous dit, varie par son intensité suivant la période de l'ophthalmie. C'est ainsi que, légère au début, elle augmente graduellement au point que le malade tient quelquefois sa tête cachée sous les couvertures. Il est impossible de faire ouvrir les paupières qui, consécutivement à la photophobie, sont prises d'un spasme presque tétanique; il y a impossibilité d'examiner le globe de l'œil et de voir l'état de cet organe. Chez les enfants, ce symptôme est peut-être encore plus prononcé que chez les adultes. Toutefois, il faut le dire, il s'en faut de beaucoup qu'il le soit autant que dans l'ophthalmie scrophuleuse. Dans cette dernière, son intensité est telle qu'elle en est un caractère pathognomonique. Cette photophobie persiste souvent pendant toute la durée de l'ophthalmie blennorrhagique; souvent, aussi après un violent paroxysme dans la douleur, elle cesse tout-à-coup. Cette cessation subite doit faire porter un pronostic très fâcheux, car elle annonce souvent que la rétine est gravement altérée, et que la vue est perdue pour toujours. Quelque-

fois cette cessation coïncide avec la disparition de la douleur. Le malheureux malade se croit mieux, il persiste dans cette erreur jusqu'à ce que le chirurgien vient constater que cette amélioration apparente tient à la perforation de la cornée.

Cette dernière membrane est diversement altérée aussi, suivant l'époque à laquelle on examine l'œil du malade. Au début, nous l'avons déjà dit, l'inflammation spécifique se borne le plus souvent à la conjonctive palpébrale, à la conjonctive scléroticale, la cornée est saine, et reste telle, si on parvient à enrayer les progrès du mal.

Mais le plus souvent au contraire, elle envahit aussi la conjonctive cornéale et même le tissu de cette dernière. C'est alors qu'on constate les altérations suivantes : quelquefois c'est une simple ulcération, quelquefois un abcès borné à la partie inférieure du cercle de cette membrane, un *onyx*, quelquefois enfin une infiltration purulente générale, ou une opacité complète, au point de ne pouvoir plus distinguer sa couleur primitive. C'est même là, il faut le dire, l'altération la plus fréquente, pour peu que l'inflammation soit intense.

L'aspect particulier offert par la conjctivejon palpébrale, lui a fait donner le nom de conjonctivite granuleuse.

Cet état est loin d'être l'apanage exclusif de l'oph-

thalmie blennorrhagique, on l'observe, en effet, dans un grand nombre d'autres, et cela se conçoit parfaitement, quand on étudie son mode de formation. Il ne faudrait point croire, comme le professent quelques auteurs, qui ont même proposé de les enlever, qu'il s'agisse de véritables granulations telles qu'on les observe à la surface d'une plaie en voie de cicatrisation. On sait, dit Mackensie, que les membranes muqueuses ne produisent point de granulations, si elles n'ont été préalablement ulcérées à leur surface ; et, dans la maladie qui nous occupe, les régions de la conjonctive où l'on observe l'aspect granuleux ne sont jamais ulcérées. Si ces inégalités étaient réellement des granulations, les adhérences des paupières avec l'œil seraient fréquentes, tandis qu'elles sont très rares. Ces saillies granuleuses ne sont que les papilles qui couvrent la surface de la conjonctive palpébrale, amenées par l'inflammation à un état d'hypertrophie.

Ces granulations sont très rebelles. Leur présence entretient souvent l'inflammation de la surface de la cornée par le frottement continuel opéré sur cette dernière. Effet de l'inflammation, elles deviennent, à leur tour, une cause qui l'éternise. C'est ainsi qu'en pathologie on observe souvent l'enchaînement des causes et des effets.

Phénomènes de réaction. — Avec des symp-

tômes aussi nombreux, aussi intenses, que ceux que nous venons d'examiner; avec des altérations aussi variées que celles qu'on observe sur un organe aussi délicat que celui de la vision, il est impossible que l'organisme tout entier n'éprouve une impression qui doit elle-même se traduire à l'extérieur. C'est ce qui constitue les phénomènes de réaction qu'il nous reste à étudier.

Ils revêtent une physionomie particulière à chaque individu affecté. Cependant, on peut dire d'une manière générale, que, chez presque tous les sujets, cette réaction est de nature inflammatoire. Le pouls est fort, fréquent, dur, la peau est chaude, la figure est rouge, il y a céphalalgie violente, le malade est agité, il ne peut pas garder pendant longtemps la même place, il remue constamment dans son lit. Quelquefois il y a du délire, de la stupeur, ce qui cependant ne s'observe que dans des cas extrêmement rares, surtout chez des sujets éminemment nerveux ou sanguins. La distinction de ces deux espèces de malades est bien importante, car de même que la saignée réussit seule, pour mettre fin à ces accidents chez les seconds, il faut le plus souvent employer les calmants chez les premiers, ce qui prouve que chez eux ces phénomènes sont surtout sympathiques.

L'état de l'œil réagit aussi sur l'estomac, il y a quelquefois des nausées, des vomissements, ce qui dépend souvent aussi de la présence simultanée d'un embarras gastrique, circonstance qu'il importe de noter et de prendre en considération.

FIN.

Questions tirées au sort,

Auxquelles le Candidat répondra, d'après l'arrêté du 22 mars 1842.

CHIMIE MÉDICALE ET PHARMACIE.

Établir les caractères qui distinguent les résines des gommes résines ?

CHIMIE GÉNÉRALE ET TOXICOLOGIE.

Qu'entend-on par antidote ou contre-poison ?

BOTANIQUE.

A quelles familles naturelles appartiennent les plantes indigofères ?

ANATOMIE.

De l'organisation du tissu érectile ?

PHYSIOLOGIE.

Parallèle et différence entre le somnambulisme et le sommeil normal ?

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALES.

Conséquences à déduire pour la thérapeutique de l'étude des causes prédisposantes ?

PATHOLOGIE MÉDICALE OU INTERNE.

Du pemphygus ?

PATHOLOGIE CHIRURGICALE OU EXTERNE.

Des fractures de la rotule, de l'olécrane, et du calcanéum ?

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

Qu'est-ce que l'occasion ou l'opportunité en matière de thérapeutique ?

OPÉRATIONS ET APPAREILS.

Des différents procédés de l'électrisation et de ses effets dans le traitement des maladies chirurgicales ?

MÉDECINE LÉGALE.

Suffit-il pour détruire une accusation d'infanticide de prouver que le fœtus n'a pas respiré ?

HYGIÈNE.

Quels sont les effets d'une atmosphère viciée par l'acide carbonique ?

ACCOUCHEMENTS.

La brièveté absolue ou relative du cordon ombilical peut-elle arrêter le travail de l'enfantement ?

CLINIQUE INTERNE.

De la différence entre la rechute et la recrudescence ?

CLINIQUE EXTERNE.

Des symptômes primitifs et consécutifs de la vérole ?